

Harnik Wilker & Finkelstein LLP
Attorneys for Plaintiff
Pensionsversicherungsanstalt
Olympic Tower
645 Fifth Avenue, 7th Floor
New York, NY 10022-5937
Tel. No. (212) 599-7575
Facsimile (212) 867-8120
Email: stephen@harnik.com

FILED
U.S. DISTRICT COURT, D.N.Y.

★ DEC 18 2007 ★
BROOKLYN OFFICE

UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE EASTERN DISTRICT OF NEW YORK

Pensionsversicherungsanstalt,
Plaintiff, -----X

- against -

The Estate of Rose Eisinger;
Sonja Rosenbaum individually and as
distributee of the Estate of Alphons Rosenbaum;
Gladys Robinson and Phillip L. Greenblatt,
Defendants. -----X

Docket No.

507 COMPLAINT

5300

BLOCK, J.

MANN, M.J.

Plaintiff, Pensionsversicherungsanstalt, by its attorneys, Harnik Wilker & Finkelstein LLP,
respectfully alleges:

PARTIES

1. Plaintiff is the Austrian Pension Institute, citizen of a foreign state, with its principal place of business at Friedrich Hillegeiststrasse 1, A-1021 Wien, Austria (hereinafter "Plaintiff").
2. Rose Eisinger died on October 4, 1989. (Exhibit "A").
3. Alphons Rosenbaum died on September 26, 2005. (Exhibit "B").
4. Upon information and belief, defendant Sonja Rosenbaum, a citizen of New York, is the widow of Alphons Rosenbaum and the daughter in law of Rose Eisinger and the fiduciary of the Estate of Alphons Rosenbaum and resides at 1 Club Drive, Apt. 1, Woodmere, NY 11598.

5. Upon information and belief, at all times relevant herein, Phillip L. Greenblatt ("Greenblatt") is a duly licensed New York Notary Public, resides at 141 Broadway, Malverne, NY 11565.

6. Upon information and belief, Gladys Robinson ("Robinson") is a duly licensed New York Notary Public.

JURISDICTION

7. The matter in controversy exclusive of interest and costs exceeds seventy five thousand (\$75,000.00) dollars.

8. The court has jurisdiction over the parties pursuant to 28 U.S.C. § 1332 (a) (2).

BACKGROUND

9. Rose Eisinger, ("decendent") was a recipient of a pension paid by plaintiff. Rose Eisinger died on October 4, 1989, (Ex. "A" hereto). Under Austrian Law, decedent's entitlement to a pension from plaintiff ended upon her death in the month of October 1989. Under Austrian law, pension payments are personal to the recipient and do not survive death. ASVG § 100. (All references to foreign law herein, with translation of the pertinent language, are annexed hereto as Ex. "C")

10. Every six months, plaintiff requests from its recipients a duly notarized "Certificate of Life." So long as plaintiff receives such certificates, it continues making payments.

11. Although decedent died October 4, 1989, upon information and belief, Alphons Rosenbaum, her son, continued to send falsely notarized life certificates in decedent's name to plaintiff for the period from November 1989 through and including February 2005, as follows, (Ex. "D"):

Date of NotarizationNotaryReceived by Plaintiff

02/06/1990	Gladys Robinson	02/11/1990
08/02/1990	Gladys Robinson	08/13/1990
Feb. 1991	Gladys Robinson	03/04/1991
08/02/1991	Gladys Robinson	08/16/1991
02/25/1992	Gladys Robinson	03/02/1992
08/21/1992	Gladys Robinson	08/31/1992
03/01/1993	Gladys Robinson	03/09/1993
08/05/1993	Gladys Robinson	08/13/1993
02/18/1994	Gladys Robinson	02/28/1994
08/05/1994	Gladys Robinson	08/11/1994
02/15/1995	Gladys Robinson	03/12/1995
08/02/1995	Gladys Robinson	08/10/1995
03/13/1996	Gladys Robinson	03/18/1996
08/26/1996	Gladys Robinson	08/30/1996
02/12/1997	Gladys Robinson	02/19/1997
08/06/1997	Gladys Robinson	08/14/1997
02/20/1998	Gladys Robinson	02/27/1998
08/03/1998	Gladys Robinson	08/10/1998
02/17/1999	Gladys Robinson	02/25/1999
08/09/1999	Gladys Robinson	08/10/1999
02/03/2000	Gladys Robinson	02/10/2000
07/30/2000	Phillip L. Greenblatt	08/09/2000
01/26/2001	Phillip L. Greenblatt	02/06/2001
-----	Phillip L. Greenblatt	08/02/2001
02/13/2002	Phillip L. Greenblatt	02/27/2002
07/10/2002	Phillip L. Greenblatt	07/16/2002
1/30/2003	Phillip L. Greenblatt	02/05/2003
-----	Phillip L. Greenblatt	07/21/2003
02/23/2005	Phillip L. Greenblatt	03/01/2005

2. The certificates were sent to plaintiff.

On February 21, 1990, plaintiff received a letter signed by Alphons Rosenbaum, sta Rose Eisinger had not received her pension for February 1990. On March 6, 1990, Alp Rosenbaum followed up with a second letter complaining that his mother had not received her pension payments, thus, falsely representing that Rose Eisinger was still alive (see Ex. "E").

hat representation, plaintiff reinstated the monthly payments.

matter of Austrian Law, Alphons Rosenbaum was obligated to notify plaintiff.

Rose Eisinger's death, within two weeks thereof and to return any and all overpayments made post death. ASVG §§ 40 and 107(1), (*see* Ex. "F").

15. On September 19, 2006, Sonja Rosenbaum advised the Austrian Consulate General in New York that her husband Alphons Rosenbaum had passed away in September 2005 and handed the Consulate, checks which were sent to Alphons Rosenbaum and Rose Eisinger after Alphons's death. The Consulate forward to plaintiff the checks 1989 and the pension was immediately suspended. (Ex. "G")

16. Plaintiff made pension payments to decedent for the period from November 1989 until April 2006 in the amount of EUR 109,247.13.

COUNT I

AGAINST SONJA ROSENBAUM INDIVIDUALLY AND AS DISTRIBUTE OF THE ESTATE OF APHONS ROSENBAUM

17. Plaintiff repeats and realleges paragraphs, 1 – 13, above.

18. Defendant has been unjustly enriched.

COUNT II

AGAINST ROBINSON AND GREENBLATT FOR CONSPIRACY TO COMMIT FRAUD

19. Plaintiff repeats and realleges paragraphs, 1 – 13, above.

20. Upon information and belief, on the dates stated in ¶ 11 above, Robinson and Greenblatt conspired with Alphons Rosenbaum to falsely notarize life certificates of Rose Eisinger, even though she was dead. These false notarizations enabled Alphons Rosenbaum, upon information and belief, to deprive plaintiff of substantial sums of money for 16 years.

WHEREFORE, Plaintiff demands judgment:

a) on Count I against Sonja Rosenbaum individually and as distributee of the Estate of Alphons Rosenbaum in the amount of not less than EUR 109,247.13 to be converted to U.S. dollars on the date of judgment;

b) on Count II Gladys Robinson and Phillip L. Greenblatt jointly and severally, in the amount of not less than EUR 109,247.13 to be converted to U.S. dollars on the date of judgment;

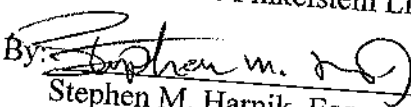
c) punitive damages in an amount to be determined by the Court; statutory interest;

d) reasonable attorneys' fees as applicable; e) the costs and disbursements of suit; and

e) such other and further relief as the court deems just and equitable under the circumstances.

Dated: New York, New York
December 19, 2007

Harnik Wilker & Finkelstein LLP

By: 
Stephen M. Harnik, Esq.

Attorneys for Plaintiff
Pensionsversicherungsanstalt
645 Fifth Avenue, 7th Floor
New York, New York 10022
(212) 599-7575

EXHIBIT “A”

U.S. - Österreichisches Sozialversicherungsabkommen

Request/Transmittal/Certification

Anfrage/Übermittlung/Bescheinigung

3. JULI 2007

DATE OF ORIGINAL (MONTH/DAY/YEAR) DATUM DER ERSTANFRAGE (MONAT/TAG/JAHR) (06 / 20 / 07)	DATE(S) OF FOLLOWUP(S) (MONTH/DAY/YEAR) DATUM DER FOLGEANFRAGE(N) (MONAT/TAG/JAHR) 1. (/ /) 2. (/ /)
TO/AN: RENTENSICHERUNGSANSTALT AUFGABENSTELLE WIEN FRIEDRICH-HILLEGEIST-STRASSE 1 1010 VIENNA AUSTRIA	FROM/VON: <input checked="" type="checkbox"/> Social Security Administration Division of International Operations P.O. Box 17049 Baltimore, MD 21235-7049 USA <input type="checkbox"/> U.S. Embassy, Vienna Amerikanische Gesandtschaft, Wien

1. INFORMATION ABOUT THE CLAIM/EINZELHEITEN BEZÜGLICH DES ANTRAGS

a) Name of Worker Name und Familienname des Versicherten	First Name(s)/Vorname(n) ROSE	Last Name(s)/Familiennamen(n) WEITZ
b) Full Name at Birth Geburtsname	ROSE BRANDEWEIN	29. JUNI 2007 eingelangt
c) U.S. Social Security Number U.S. - Versicherungsnummer	096 / 28 / 0560	
d) Austrian Insurance Number Österreichische Versicherungsnummer	2881 / 290608	Beilagen: Bearb. 14
e) Name of Claimant (Include Maiden Name) Name des Antragstellers (mit Geburtsname)		
f) Address and Telephone Number of Claimant Adresse und Telefonnummer des Antragstellers	Address/Adresse Telephone Number/Telefonnummer	
g) Relationship to Worker Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten		
h) Type of Benefits Claimed Art der beantragten Leistung	U.S.	Austria/Österreich
Retirement Alterspension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disability Erwerbsunfähigkeitspension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Survivors Hinterbliebenenpension(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Date Claim Filed (Month/Day/Year) Tag der Antragstellung (Monat/Tag/Jahr)	/ /	

Form SSA-2960-AU (3-00)

2. CERTIFICATION OF DATA/BESTÄTIGUNG DER PERSONALANGABEN

Case 1:07-cv-05300-TLM-RLM Document 1 Filed 12/18/07 Page 8 of 55 PageID #: 8

a) Date of Birth Geburtsdatum	Name Vor- und Familienname	Date (M/D/Y) Datum (M/T/J)	Verified Bestätigt	Place of Birth (City, Country) Geburtsort (Stadt, Land)
Worker Versicherte(r)	ROSE WEITZ	06 / 29 / 08	<input type="checkbox"/>	
Widow(er)/Former Spouse Witwe(r) - früherer Ehegatte		/ /	<input type="checkbox"/>	
Child/Kind		/ /	<input type="checkbox"/>	
Child/Kind		/ /	<input type="checkbox"/>	
b) Date of Death/Todestag		10 / 04 / 89	<input type="checkbox"/>	
c) Date of Marriage Tag der Eheschliessung		/ /	<input type="checkbox"/>	
d) Date of Divorce Tag der Ehescheidung		/ /	<input type="checkbox"/>	
e) Sex of Worker Geschlecht des/der Versicherten	<input type="checkbox"/> Male/männlich <input type="checkbox"/> Female/weiblich			
f) Periods of Disability Zeiten der Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Yes/Ja <input type="checkbox"/> No/Nein	FROM/von (Month/Year) (Monat/Jahr): / TO/bis (Month/Year) (Monat/Jahr) : /		
g) Citizenship Staatsangehörigkeit	Worker Versicherte(r)		Widow(er)/Former Spouse Witwe(r) - früherer Ehegatte	
h) Country of Residence Aufenthaltsland	Worker Versicherte(r)		Widow(er)/Former Spouse Witwe(r) - früherer Ehegatte	
i) Benefit Data Angaben zur Rentenleistung	Month/Monat	Year/Jahr	Amount/Betrag	Type of Claim Art der Leistung
Worker Versicherte(r)				<input type="checkbox"/> RET/Altersleistung <input type="checkbox"/> DIB/Erwerbsunfähigkeitsleistung <input type="checkbox"/> Spouse/Widow(er)/Ehegatte/Witwe(r)
Widow(er)/Former Spouse Witwe(r) - früherer Ehegatte				<input type="checkbox"/> RET/Altersleistung <input type="checkbox"/> DIB/Erwerbsunfähigkeitsleistung <input type="checkbox"/> Spouse/Widow(er)/Ehegatte/Witwe(r)

3. INFORMATION PROVIDED/WEITERLEITUNG VON ANGABEN

a) Earnings Record/Versicherungsverlauf	<input type="checkbox"/>
b) Information Requested On (Month, Day, Year)/Ihre Anfrage vom (Monat, Tag, Jahr)	<input checked="" type="checkbox"/> 03 / 19 / 07
c) Medical Evidence For/Ärztliche Unterlagen für Name:	<input type="checkbox"/>
d) Other - See Remarks/Sonstiges-siehe unter Bemerkungen	<input type="checkbox"/>

4. INFORMATION NEEDED/VON ÖSTERREICH BENÖTIGTE INFORMATIONEN

A claim for benefits under the U.S.- Austrian Social Security Agreement has been filed on the Social Security number shown above. The information identified below is needed by the U.S.A. to process the claim.
Es wurde ein Antrag auf Grund des amerikanisch-österreichischen Sozialversicherungsabkommens unter der oben angeführten U.S. Versicherungsnummer gestellt. Die nachstehend angeführten Angaben werden für die Bearbeitung dieses Antrags benötigt.

a) Form A/USA 2/Vordruck A/USA 2	<input type="checkbox"/>
b) Earnings Record/Versicherungsverlauf	<input type="checkbox"/>
c) Status of Earlier Request(s)/Stand unserer Anfrage(n)	<input type="checkbox"/> / /
d) Other - See Remarks/Sonstiges-siehe unter Bemerkungen	<input type="checkbox"/>

5. REMARKS/BEMERKUNGEN

Signature/Unterschrift
BRENDA PEAY

Date/Datum:
June 20, 2007

Stamp/Stempel



EXHIBIT “B”

E. Zou

DEATH.

1. NAME (Last, First, Middle) ALPHONS ROSENBAUM 2. SEX: MALE [X] FEMALE [] 3A. DATE OF DEATH: MONTH 09 DAY 26 YEAR 2005 3B. HOUR: 07:24 P

4A. PLACE OF DEATH: HOSPITAL DOA [] HOSPITAL OUTPATIENT [] HOSPITAL INPATIENT [X] NURSING HOME [] PRIVATE RESIDENCE [] HOSPICE FACILITY [] OTHER (Specify): [] 4B. IF FACILITY, DATE ADMITTED: MONTH 09 DAY 21 YEAR 2005 4C. NAME OF FACILITY: (If not facility, give address) WESTCHESTER MEDICAL CENTER 4D. LOCALITY: (Check one and specify) CITY [] VILLAGE [] TOWN [X] MOUNT PLEASANT 4E. COUNTY OF DEATH: WESTCHESTER

4F. MEDICAL RECORD NO. M2005-1955 4G. WAS DECEDENT TRANSFERRED FROM ANOTHER INSTITUTION? (If yes, specify institution name, city or town, county and state) NO [X] YES []

5. DATE OF BIRTH: MONTH 03 DAY 12 YEAR 1935 6A. AGE IN YEARS: 70 6B. IF UNDER 1 YEAR ENTER: months [] days [] 6C. IF UNDER 1 DAY ENTER: hours [] minutes [] 7A. CITY AND STATE OF BIRTH: (If not USA, Country and Region/Province) SWITZERLAND 7B. IF AGE UNDER 1 YEAR, NAME OF HOSPITAL OF BIRTH: []

8. SERVED IN U.S. ARMED FORCES? (Specify year) NO [X] YES [] 9. DECEDENT OF HISPANIC ORIGIN? Check the boxes that best describe whether the decedent is Spanish/Hispanic/Latino. A [X] No, not Spanish/Hispanic/Latino B [] Yes, Mexican, Mexican American, Chicano C [] Yes, Puerto Rican D [] Yes, Cuban E [] Yes, Other Spanish/Hispanic/Latino (Specify) []

10. DECEDENT'S RACE: Check one or more races to indicate what the decedent considered himself or herself to be: A [X] White/Caucasian B [] Black or African American C [] Asian Indian D [] Chinese E [] Filipino F [] Japanese G [] Korean H [] Vietnamese I [] Native Hawaiian K [] Guamanian or Chamorro M [] Samoan N [] American Indian or Alaska Native (Specify) [] P [] Other Asian (Specify) [] R [] Other Pacific Islander (Specify) []

11. DECEDENT'S EDUCATION: Check the box that best describes the highest degree or level of school completed at the time of death. 1 [] 8th grade 2 [] 9th-12th grade; no diploma 3 [] High school graduate or GED 4 [X] Some college credit but no degree 5 [] Associate's degree 6 [] Bachelor's degree 7 [] Master's degree 8 [] Doctorate/Professional degree

12. SOCIAL SECURITY NUMBER: 096280561 13. MARITAL STATUS: NEVER MARRIED [] MARRIED [X] WIDOWED [] DIVORCED [] SEPARATED [] 14. SURVIVING SPOUSE: Enter name if married or separated. If surviving spouse's wife, enter maiden name. SONJA GOLDSTEIN

15A. USUAL OCCUPATION: (Do not enter retired) OFFICER 15B. KIND OF BUSINESS OR INDUSTRY: BANK INDUSTRY 15C. NAME AND LOCALITY OF COMPANY OR FIRM: I.E.B. N.Y.C. N.Y.

16A. RESIDENCE (State or County if not USA) NEW YORK 16B. County or Region/Province if not USA: NASSAU 16C. LOCALITY: (Check one and specify) CITY [] VILLAGE [] TOWN [X] HEMPSTEAD 16D. STREET AND NUMBER OF RESIDENCE: 1 CLUB DR. APT 1A WOODMERE 16E. ZIP CODE: 11598

17. NAME OF FATHER: FIRST MI LAST SALMANN ROSENBAUM 18. MAIDEN NAME OF MOTHER: FIRST MI LAST ROSA BRANDWEIN

19A. NAME OF INFORMANT: SONJA ROSENBAUM 19B. MAILING ADDRESS: (include zip code) 1 CLUB DR APT 1A WOODMERE N.Y. 11598

20A. 1 [] CREMATION 2 [] REMOVAL 3 [] HOLD 4 [] DONATION 5 [] OTHER 20B. PLACE OF BURIAL, CREMATION, REMOVAL OR OTHER DISPOSITION: NEW MONTEFIORE PINELAWN N.Y. 20C. LOCATION: (City or town and state) N.Y. 11570

21A. NAME AND ADDRESS OF FUNERAL HOME: GUTTERMAN'S INC 175 LONG BEACH ROCKVILLE CENTRE 21B. REGISTRATION NUMBER: 00737

22A. NAME OF FUNERAL DIRECTOR: JAMES AREVALO 22B. SIGNATURE OF FUNERAL DIRECTOR: James Arevalo 22C. REGISTRATION NUMBER: 00110

23A. SIGNATURE OF REGISTRAR: Patricia Jane Scoville 23B. DATE FILED: MONTH 09 DAY 27 YEAR 2005 24A. BURIAL OR REMOVAL PERMIT ISSUED BY: Patricia Jane Scoville 24B. DATE ISSUED: MONTH 09 DAY 27 YEAR 2005

ITEMS 25 THRU 33 COMPLETED BY CERTIFYING PHYSICIAN -- OR -- CORONER/CORONER'S PHYSICIAN OR MEDICAL EXAMINER

25A. CERTIFICATION: To the best of my knowledge, death occurred at the time, date and place and due to the causes stated.

Certifier's Name: Duc V. Duong License No.: 165926 Signature: Duc V. Duong Month 09 Day 27 Year 2005

Certifier's Title: 0 [] Attending Physician 0 [] Physician acting on behalf of Attending Physician 1 [X] Coroner 2 [X] Medical Examiner / Deputy Medical Examiner Address: Duc V. Duong, MD, Westchester County Medical Examiner's Office, Valhalla, N.Y.

25B. If certifier is not a physician, enter Coroner's Physician's name & title: License No.: Address: Month Day Year

25C. If certifier is not attending physician, enter Attending Physician's name & title: License No.: Address: Month Day Year

26A. Attending physician attended deceased: Month Day Year TO Month Day Year 26B. Deceased last seen alive by attending physician: Month Day Year 26C. Pronounced Dead by M.E. or Coroner: ON 09 26 2005 AT 07:24 P

27. MANNER OF DEATH: NATURAL CAUSE [] ACCIDENT [X] 2 HOMICIDE [] 3 SUICIDE [] 4 UNDETERMINED CIRCUMSTANCES [] 5 PENDING INVESTIGATION [] 6 28. WAS CASE REFERRED TO CORONER OR MEDICAL EXAMINER? 0 [] NO 1 [X] YES 29A. AUTOPSY? NO [] YES [X] 1 REFUSED [] 2 29B. IF YES, WERE FINDINGS USED TO DETERMINE CAUSE OF DEATH? 0 [] NO 1 [X] YES

CONFIDENTIAL SEE INSTRUCTION SHEET FOR COMPLETING CAUSE OF DEATH CONFIDENTIAL

30. DEATH WAS CAUSED BY: (ENTER ONLY ONE CAUSE PER LINE FOR (A), (B), AND (C).) PART I. IMMEDIATE CAUSE: (A) FRACTURES OF SKULL AND RIBS - SUBDURAL HEMORRHAGE - PNEUMOTHORAX - 5-DAY SURVIVAL WITH ANOXIC ENCEPHALOPATHY. (B) DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF: (C)

PART II. OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS CONTRIBUTING TO DEATH BUT NOT RELATED TO CAUSE GIVEN IN PART I (A): 31A. IF INJURY: DATE: MONTH 09 DAY 21 YEAR 2005 HOUR: 05:32 A 31B. INJURY LOCALITY: (City or town and county and state) WHITE PLAINS, WESTCHESTER, N.Y. 31C. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED: FELL 31D. PLACE OF INJURY: 138 TOPLAND RD 31E. INJURY AT WORK? NO [X] YES []

EXHIBIT “C”

State of New York)
) ss.
County of New York)

AFFIDAVIT OF ACCURACY

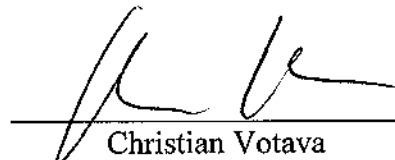
Christian Votava, being duly sworn deposes and states:

I am a native German speaker and prepared the attached translation from the German language into the English language.

I am a graduate of the University of Vienna (Austria) School of Law.

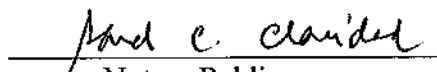
I reside at 401 East 81st Street, New York, NY 10028.

I hereby declare that the said translations of AVSG §§§ 40, 100 and 107 are true and correct renderings of the said original documents to the best of my knowledge and belief.



Christian Votava

Sworn to before me this
19th day of December, 2007.



Notary Public

SARAH C. CLARIDAD
Notary Public, State of New York
No. 01CL6033635
Qualified in New York County 09
Commission Expires November 22, 20

TRANSLATION

§ 40 ASVG

Notification by recipients of payments (applicants for benefits)

§ 40. (1) The recipients of payments (§ 106) are obligated to notify the competent insurance carrier of any change of the circumstances governing the continuation of the beneficiary rights and any change of their or the beneficiary's residence within two weeks, insofar as nothing else is provided for in the following.

DOCUMENT **SÜCHWERDE** **KURZTITEL** **BEZUGSFASSUNG**

Kurztitel
Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Fundstelle
BGBl.Nr. 189/1955 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2003

TYP	§/Artikel/Anlage	Inkraftttratedatum	Außerkraftttratedatum
BG	§ 40	20040101	99999999

Abkürzung
ASVG

Index
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Text
Meldung der Zahlungsempfänger (Leistungswerber)

§ 40. (1) Die Zahlungsempfänger (§ 106) sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes bzw. des Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, binnen zwei Wochen dem zuständigen Versicherungsträger anzuzeigen. Personen, die Anspruch haben

1. auf Geldleistungen aus den Versicherungsfällen der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft,
2. auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Knappschaftspensionen und Knappschaftssold sowie Waisenpensionen,

haben während des Leistungsbezuges jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie die Höhe des Erwerbseinkommens und jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens binnen sieben Tagen zu melden, soweit dies für den Fortbestand und das Ausmaß der Bezugsberechtigung maßgebend ist. Einkommensänderungen, die auf Grund der alljährlichen Rentenanpassung in der Kriegsopfer- und Heeresversorgung bewirkt werden, unterliegen nicht der Anzeigeverpflichtung.

(2) Abs. 1 gilt auch für Personen,

1. die eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters, der geminderten Arbeitsfähigkeit oder des Todes beantragt haben, wenn sie vom Versicherungsträger nachweislich über den Umfang ihrer Meldeverpflichtung belehrt wurden;

2. (Anm.: aufgehoben durch BGBl. I Nr. 71/2003)

Gesetzesnummer	Dokumentnummer
10008147	NOR40043155

A Seitenanfang A

TRANSLATION

§ 100 ASVG

Lapse of Benefits

§ 100. (1) A claim for current benefits lapses without further proceedings

a).....

b)..... in the old-age pension insurance when the beneficiary dies, upon remarriage of the widow who receives a widow's pension.....For the calendar month in which the event causing the lapse occurred, only the pro-rated part of the pension is due; the calendar month being uniformly computed on the basis of 30 day; and the pro-rated part being determined by the number of days in the respective calendar month until the cause of the lapse occurred.

c).....

Kurztitel
Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Fundstelle
BGBl.Nr. 189/1955

Typ	S/Artikel/Anlage	Inkraftttratedatum	Außerkraftttratedatum
BG	§ 100	00000000	99999999

Abkürzung
ASVG

Index
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Beachte

Das Inkrafttreten, die Fassung der jeweiligen Bestimmung sowie die Hinweise auf etwaige Übergangsbestimmungen sind aus den Textanmerkungen ersichtlich.

Text

Erlöschen von Leistungsansprüchen

§ 100. (1) Der Anspruch auf eine laufende Leistung erlischt ohne weiteres Verfahren

- a) in der Krankenversicherung, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch weggefallen sind;
- b) in der Unfallversicherung und in der Pensionsversicherung mit dem Tod des Anspruchsberechtigten, mit der Verheiratung der renten(pensions)berechtigten Witwe (des renten(pensions)berechtigten Witwers), mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Annahme der Verschollenheit, mit der Vollendung des 18. Lebensjahres bei Waisenrenten(pensionen), Geschwisterrenten und Kinderzuschüssen, mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Gewährung von Übergangsgeld sowie nach Ablauf der Dauer, für die eine Rente (Pension) zuerkannt wurde. Für den Kalendermonat, in dem der Grund des Wegfalles eingetreten ist, gebührt nur der verhältnismäßige Teil der Rente (Pension), der Ausgleichszulage, des Kinderzuschusses und des Übergangsgeldes, wobei der Kalendermonat einheitlich mit 30 Tagen anzunehmen ist und der verhältnismäßige Teil sich nach der Anzahl der Tage im betreffenden Kalendermonat bis zum Eintritt des Wegfallgrundes bestimmt; (BGBl. Nr. 31/1973, Art. I Z 63 lit. a) - 1.1.1973; (BGBl. Nr. 684/1978, Art. I Z 39) - 1.1.1979; (BGBl. Nr. 201/1996, Art. 34 Z 54) - 1.1.1997; (BGBl. Nr. 201/1996, Ü. § 563 Abs. 3 u. Abs. 4) - 1.5.1996.
- c) in der Pensionsversicherung überdies in den Fällen des § 310; die Pension und allfällige Zuschüsse gebühren noch für den Monat, der dem Einlangen des Antrages nach § 308 Abs. 1 dieses Bundesgesetzes, nach § 172 Abs. 1 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes oder nach § 164 Abs. 1 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes beim zuständigen Versicherungsträger folgt. (BGBl. Nr. 560/1978, BGBl. Nr. 559/1978) - 1.1.1979; (BGBl. Nr. 201/1996, Art. 34 Z 55) - 1.7.1996.

(BGBl. Nr. 13/1962, Art. I Z 51) - 1.1.1962.

(BGBI. Nr. 31/1973, Art. I Z 63 lit. b) - 1.1.1972.

(2) Der Anspruch auf eine laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung erlischt ferner mit dem Anfall eines Anspruches auf eine andere laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz oder dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz; § 275 Abs. 2 erster Satz und § 277 Abs. 3 erster Satz bleiben hievon unberührt. Beträge, die nach Erlöschen des früheren Anspruches noch geleistet wurden, sind von den aus dem neuen Anspruch für den gleichen Zeitraum zu leistenden Beträgen einzubehalten und gegebenenfalls dem aus dem früheren Anspruch verpflichteten Versicherungsträger zu überweisen. (BGBI. Nr. 704/1976, Art. I Z 43) - 1.1.1977; (BGBI. Nr. 560/1978, BGBI. Nr. 559/1978) - 1.1.1979.

Anmerkung

Ressorttext (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales)

Gesetzesnummer	Dokumentnummer	Alte DokNr
10008147	NOR12093564	N6195545554L

A. Spitzemann A.

TRANSLATION

§ 107 ASVG

Reclaiming performances rendered without justification

§ 107. (1) The insurance carrier must reclaim monetary performances and expenses for cure appliances, institutional care, surrogates (compensation) and cash substituting performance in kind (§§ 131, 131a, 132 and 150) supplied without justification, if the recipient of payments (§ 106) or services caused the payment by making false statements, intentionally suppressing material facts or by violating the notification rules (§ 40), or if the recipient of payments (§ 106) or services should have been aware of the fact that the performance was not owed at all or at least not in the rendered amount. Moreover, moneys must be reclaimed if and insofar it is proved by a later ascertained claim for continuation of moneys or performances if they were rendered without justification.

(2)

EDOKUMENT SUCHORT AUFRUFZEITSTAMP GELTENDKEITSSINNE

Kurztitel
Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Fundstelle
BGBI.Nr. 189/1955

Typ	§/Artikel/Anlage	Inkraftttratedatum	Außerkraftttratedatum
BG	§ 107	00000000	99999999

Abkürzung
ASVG

Index
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Beachte

Das Inkrafttreten, die Fassung der jeweiligen Bestimmung sowie die Hinweise auf etwaige Übergangsbestimmungen sind aus den Textanmerkungen ersichtlich.

Text

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

§ 107. (1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie Aufwendungen für Heilbehelfe und Anstaltspflege und an Stelle von Sachleistungen erbrachte Kostenersatzbeziehungsweise bare Leistungen (§§ 131, 131a, 132 und 150) zurückzufordern, wenn der Zahlungsempfänger (§ 106) beziehungsweise der Leistungsempfänger den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 40) herbeigeführt hat oder wenn der Zahlungsempfänger (§ 106) beziehungsweise der Leistungsempfänger erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte. Geldleistungen sind ferner zurückzufordern, wenn und soweit sich wegen eines nachträglich festgestellten Anspruches auf Weiterleistung der Geld- und Sachbezüge herausstellt, daß sie zu Unrecht erbracht wurden. (BGBI. Nr. 17/1969, Art. I Z 19) - 1.1.1969; (BGBI. Nr. 775/1974, Art. I Z 21) - 1.9.1974; (BGBI. Nr. 704/1976, Art. I Z 46) - 1.1.1977.

(2) Das Recht auf Rückforderung nach Abs. 1

- a) besteht nicht, wenn der Versicherungsträger zum Zeitpunkt, in dem er erkennen mußte, daß die Leistung zu Unrecht erbracht worden ist, die für eine bescheidmäßige Feststellung erforderlichen Maßnahmen innerhalb einer angemessenen Frist unterlassen hat;
- b) verjährt binnen drei Jahren nach dem Zeitpunkt, in dem dem Versicherungsträger bekannt geworden ist, daß die Leistung zu Unrecht erbracht worden ist.

(BGBI. Nr. 111/1986, Art. I Z 31) - 1.1.1986.

(3) Der Versicherungsträger kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Empfängers,

1. auf die Rückforderung nach Abs. 1 verzichten;
2. die Erstattung des zu Unrecht gezahlten Betrages in Teilbeträgen zulassen.

(4) Zur Eintreibung der Forderungen der Versicherungsträger auf Grund der Rückforderungsbescheide ist den Versicherungsträgern die

Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3
Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).

(5) Das Recht auf Rückforderung nach Abs. 1 besteht im Falle des
Todes des Anspruchsberechtigten gegenüber allen Personen, die zum
Bezug der noch nicht erbrachten Leistungen berechtigt sind, soweit
sie eine der im § 107a Abs. 1 bezeichneten Leistungen bezogen haben.

(BGBI. Nr. 31/1973, Art. I Z 67) - 1.1.1973;

(BGBI. Nr. 530/1979, Art. I Z 23) - 1.1.1980;

(BGBI. Nr. 335/1993, Art. I Z 32) - 1.7.1993;

(BGBI. Nr. 13/1962, Art. I Z 58) - 1.1.1962; (BGBI. Nr. 585/1980,

Art. I Z 29) - 1.1.1981.

Anmerkung

Ressorttext (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales)

Gesetzesnummer	Dokumentnummer	Alte DokNr
10000147	NOR12093572	N6195545562L

A. Seitenanfang A.

EXHIBIT “D”



Jänner 2005

Frau
Rose Eisinger
1 Club Drive
N.Y. 11598
WOODMERE, N.Y. 11598
VEREINIGTE STAATEN VON AMERIKA

Pensionsversicherungsanstalt

- 1. MRZ. 2005

eingelangt

Doklagen: Bearb.: 3

Versicherungsnummer (VSNR)

2881 290608 201

Betreff

Lebensbestätigung (Confirmation of being alive)

Sehr geehrte Frau! Sehr geehrter Herr!

Während Ihres Auslandsaufenthaltes kann die Pension nur dann überwiesen werden, wenn Sie uns die auf der Rückseite dieses Schreibens befindliche "Lebensbestätigung" einsenden.

Wir ersuchen Sie daher, Leben und Aufenthalt vom zuständigen österreichischen Konsulat, von einer amtlichen Stelle (Behörde) Ihres Wohnsitzes oder von einem Notar bestätigen zu lassen und das Formular umgehend an uns zu retournieren.

Wenn das vollständig ausgefüllte Formular innerhalb der nächsten 6 Wochen bei uns einlangt, müssen wir die Auszahlung der Pension vorläufig einstellen. Darüber hinaus machen wir darauf aufmerksam, dass Pensionen, die innerhalb eines Jahres seit ihrer Fälligkeit nicht behoben werden, verfallen.

Weiters bringen wir Ihnen die Verpflichtung in Erinnerung, dass uns jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung Ihres Wohnsitzes binnen zwei Wochen bekanntzugeben ist. Überbezüge, die durch Verletzung der Meldepflicht entstehen, sind zurückzuerstatten.

Hochachtungsvoll
PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Gruppe "Rückgelante"
17 MRZ. 2005
ERLEDIGT

Dear Sir or Madam,

During your stay abroad your pension can only be transferred to you if you send us the "Confirmation of being alive" on the back of this form.

We therefore ask you to have your existence and residence certified by the relevant Austrian Consulate, an official authority of the place of your residence, or a notary public on the back of this form and to return the form to us as soon as possible.

Unless the completed form arrives at our institution within six weeks, we will temporarily have to stop transferring your pension. In addition, we want to inform you that pensions which are not drawn within a year from the first date of entitlement will become void.

Furthermore, we want to remind you of your duty to inform us of any changes in the circumstances relevant to your drawing a pension, as well as any change in residence, within two weeks. Overpayments resulting from a violation of this duty have to be refunded.

Yours faithfully,
PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

REG. ABLAGE

Eisinger Rose C/O Rosenbaum
1 Club Drive
Woodmere, N.Y. 11598
USA



REG. ABLAGE
Wien, Juni 2003

Versicherungsnummer/Aktenzahl

2881 290608

35

Betr.: Lebensbestätigung (Confirmation of being alive)

Sehr geehrte Frau! Sehr geehrter Herr!

Während Ihres Auslandsaufenthaltes kann die Pension nur dann überwiesen werden, wenn Sie uns die auf der Rückseite dieses Schreibens befindliche "Lebensbestätigung" einsenden.

Wir ersuchen Sie daher, Leben und Aufenthalt vom zuständigen österreichischen Konsulat, von einer amtlichen Stelle (Behörde) Ihres Wohnsitzes oder von einem Notar umseitig bestätigen zu lassen und das Formular umgehend an uns zu retournieren.

Wenn das vollständig ausgefüllte Formular nicht innerhalb der nächsten 6 Wochen bei uns einlangt, müssen wir die Auszahlung der Pension vorläufig einstellen. Darüber hinaus machen wir darauf aufmerksam, dass Pensionen, die innerhalb eines Jahres seit ihrer Fälligkeit nicht behoben werden, verfallen.

Weiters bringen wir Ihnen die Verpflichtung in Erinnerung, dass uns jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung Ihres Wohnsitzes binnen zwei Wochen bekanntzugeben ist. Überbezüge, die durch Verletzung der Meldepflicht entstehen, sind zurückzuerstatten.

Hochachtungsvoll
Pensionsversicherungsanstalt

Dear Sir or Madam,

During your stay abroad your pension can only be transferred to you if you send us the 'Confirmation of being alive' on the back of this form.

We therefore ask you to have your existence and residence certified by the relevant Austrian Consulate, an official authority of the place of your residence, or a notary public on the back of this form and to return the form to us as soon as possible.

Unless the completed form arrives at our institution within six weeks, we will temporarily have to stop transferring your pension. In addition, we want to inform you that pensions which are not drawn within a year from the first date of entitlement will become void.

Furthermore, we want to remind you of your duty to inform us of any changes in the circumstances relevant to your drawing a pension, as well as any change in residence, within two weeks. Overpayments resulting from a violation of this duty have to be refunded.

Yours faithfully,

Pensionsversicherungsanstalt

Eisinger Rose C/O Rosenbaum 1 Club Drive Woodmere, N.Y. 11598 USA	PVA - 5. FEB. 2003 Beilage: 12	Wien, im Jänner 2003
Versicherungsnummer/Aktenzahl 2881 290608		35

REG. AELAGE

Betr.: Lebensbestätigung (Confirmation of being alive)

Sehr geehrte Frau! Sehr geehrter Herr!

Während Ihres Auslandsaufenthaltes kann die Pension nur dann überwiesen werden, wenn Sie uns die auf der Rückseite dieses Schreibens befindliche "Lebensbestätigung" einsenden.

Wir ersuchen Sie daher, Leben und Aufenthalt vom zuständigen österreichischen Konsulat, von einer amtlichen Stelle (Behörde) Ihres Wohnsitzes oder von einem Notar umseitig bestätigen zu lassen und das Formular umgehend an uns zu retournieren. **Unbedingt erforderlich ist auch, dass Sie die ebenfalls auf der Rückseite dieses Schreibens befindliche "Erklärung über Ihre Erwerbs- und Einkommensverhältnisse" wahrheitsgetreu und vollständig ausfüllen.**

Wenn das vollständig ausgefüllte Formular nicht innerhalb der nächsten 6 Wochen bei uns einlangt, müssen wir die Auszahlung der Pension vorläufig einstellen. Darüber hinaus machen wir darauf aufmerksam, dass Pensionen, die innerhalb eines Jahres seit ihrer Fälligkeit nicht behoben werden, verfallen.

Weiters bringen wir Ihnen die Verpflichtung in Erinnerung, dass uns jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung Ihres Wohnsitzes binnen zwei Wochen bekanntzugeben ist. Überbezüge, die durch Verletzung der Meldepflicht entstehen, sind zurückzuerstatten.

Hochachtungsvoll
Pensionsversicherungsanstalt

Dear Sir or Madam,

During your stay abroad your pension can only be transferred to you if you send us the 'Confirmation of being alive' on the back of this form.

We therefore ask you to have your existence and residence certified by the relevant Austrian Consulate, an official authority of the place of your residence, or a notary public on the back of this form and to return the form to us as soon as possible. **It is also absolutely essential for you to fill in the 'Declaration of Income', also on the back of this form, truthfully and completely.**

Unless the completed form arrives at our institution within six weeks, we will temporarily have to stop transferring your pension. In addition, we want to inform you that pensions which are not drawn within a year from the first date of entitlement will become void.

Furthermore, we want to remind you of your duty to inform us of any changes in the circumstances relevant to your drawing a pension, as well as any change in residence, within two weeks. Overpayments resulting from a violation of this duty have to be refunded.

Yours faithfully,

Pensionsversicherungsanstalt

FRIEDRICH - HILLEGEIST - STRASSE 1
1020 WIEN 06800 ACH
TELEFON (+43 1) 211 35 - 0 / DW

TELEFAX (+43 1) 211 35 - 25949
E-MAIL: sozvers@sozvers.at
INTERNET: <http://www.sozvers.at/pvang>

PV d. ANS
16. JULI 2002
eingelangt
Bearb.: 5

30

EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM
1 CLUB DRIVE
WOODMERE, N.Y. 11598
USA

Beilagen:

Wien, im Juni 2002

Versicherungsnummer/Aktenzahl
2881 290608

35

Betr.: Lebensbestätigung (Confirmation of being alive)

KNOLL Martin

19. JULI 2002

Sehr geehrte Frau! Sehr geehrter Herr!

Während Ihres Auslandsaufenthaltes kann die Pension nur dann überwiesen werden, wenn Sie uns die auf der Rückseite dieses Schreibens befindliche "Lebensbestätigung" einsenden.

Wir ersuchen Sie daher, Leben und Aufenthalt vom zuständigen österreichischen Konsulat, von einer amtlichen Stelle (Behörde) Ihres Wohnsitzes oder von einem Notar umseitig bestätigen zu lassen und das Formular umgehend an uns zu retournieren. **Unbedingt erforderlich ist auch, dass Sie die ebenfalls auf der Rückseite dieses Schreibens befindliche "Erklärung über Ihre Erwerbs- und Einkommensverhältnisse" wahrheitsgetreu und vollständig ausfüllen.**

Wenn das vollständig ausgefüllte Formular nicht innerhalb der nächsten 6 Wochen bei uns einlangt, müssen wir die Auszahlung der Pension vorläufig einstellen. Darüber hinaus machen wir darauf aufmerksam, dass Pensionen, die innerhalb eines Jahres seit ihrer Fälligkeit nicht behoben werden, verfallen.

Weiters bringen wir Ihnen die Verpflichtung in Erinnerung, dass uns jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung Ihres Wohnsitzes binnen zwei Wochen bekanntzugeben ist. Überbezüge, die durch Verletzung der Meldepflicht entstehen, sind zurückzuerstatten.

Hochachtungsvoll

Pensionsversicherungsanstalt
der Angestellten

Dear Sir or Madam,

During your stay abroad your pension can only be transferred to you if you send us the 'Confirmation of being alive' on the back of this form.

We therefore ask you to have your existence and residence certified by the relevant Austrian Consulate, an official authority of the place of your residence, or a notary public on the back of this form and to return the form to us as soon as possible. **It is also absolutely essential for you to fill in the 'Declaration of Income', also on the back of this form, truthfully and completely.**

Unless the completed form arrives at our institution within six weeks, we will temporarily have to stop transferring your pension. In addition, we want to inform you that pensions which are not drawn within a year from the first date of entitlement will become void.

Furthermore, we want to remind you of your duty to inform us of any changes in the circumstances relevant to your drawing a pension, as well as any change in residence, within two weeks. Overpayments resulting from a violation of this duty have to be refunded.

Yours faithfully,

REG. ABLAGE

Pensionsversicherungsanstalt
der Angestellten

EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM
1 CLUB DRIVE
WOODMERE, N.Y. 11598
USA

Wien, im Jänner 2002

Versicherungsnummer/Aktenzahl

2881-290608

35

PV d. ANG

27. FEB. 2002

eingelangt

Betr.: Lebensbestätigung (Confirmation of being alive)

Sehr geehrte Frau! Sehr geehrter Herr!

Während Ihres Auslandsaufenthaltes kann die Pension nur dann überwiesen werden, wenn Sie uns die auf der Rückseite dieses Schreibens befindliche "Lebensbestätigung" einsenden.

Wir ersuchen Sie daher, Leben und Aufenthalt vom zuständigen österreichischen Konsulat, von einer amtlichen Stelle (Behörde) Ihres Wohnsitzes oder von einem Notar umseitig bestätigen zu lassen und das Formular umgehend an uns zu retournieren. **Unbedingt erforderlich ist auch, dass Sie die ebenfalls auf der Rückseite dieses Schreibens befindliche "Erklärung über Ihre Erwerbs- und Einkommensverhältnisse" wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen.**

Wenn das vollständig ausgefüllte Formular nicht innerhalb der nächsten 6 Wochen bei uns einlangt, müssen wir die Auszahlung der Pension vorläufig einstellen. Darüber hinaus machen wir darauf aufmerksam, dass Pensionen, die innerhalb eines Jahres seit ihrer Fälligkeit nicht behoben werden, verfallen.

Weiters bringen wir Ihnen die Verpflichtung in Erinnerung, dass uns jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung Ihres Wohnsitzes binnen zwei Wochen bekanntzugeben ist. Überbezüge, die durch Verletzung der Meldepflicht entstehen, sind zurückzuerstatten.

Hochachtungsvoll

Pensionsversicherungsanstalt
der Angestellten

Dear Sir or Madam,

During your stay abroad your pension can only be transferred to you if you send us the 'Confirmation of being alive' on the back of this form.

We therefore ask you to have your existence and residence certified by the relevant Austrian Consulate, an official authority of the place of your residence, or a notary public on the back of this form and to return the form to us as soon as possible. **It is also absolutely essential for you to fill in the 'Declaration of Income', also on the back of this form, truthfully and completely.**

Unless the completed form arrives at our institution within six weeks, we will temporarily have to stop transferring your pension. In addition, we want to inform you that pensions which are not drawn within a year from the first date of entitlement will become void.

Furthermore, we want to remind you of your duty to inform us of any changes in the circumstances relevant to your drawing a pension, as well as any change in residence, within two weeks. Overpayments resulting from a violation of this duty have to be refunded.

Yours faithfully,

Pensionsversicherungsanstalt
der Angestellten

BITTE HIER GÜLTIGKEIT / VALIDITY HERE

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1
1021 WIEN, POSTFACH 1000 VSNR
TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW
TELEFAX (+43 1) 211 35 / 25949 Name:
E-MAIL: pvt@sozvers.at
INTERNET: http://www.sozvers.at/pvtang

2881 290608

EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

35

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in
geboren am
ausgewiesen durch (Dokument)

PAUL & ANNE
- 2 AUG. 2001
eingelandt
Beauftragter: SCHMID R.

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

Rose Eisinger
Woodherry, N.Y. 11598 (USA)

domiciled in

born on

identified by (document)

are herewith

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift
Place, date, seal, signature

Ort, Datum, Unterschrift des Pensionisten/der Pensionistin
Place, date, signature of affiant

PHILLIP L. GREENBLATT
NOTARY PUBLIC, State of New York
No. 4891151

DVR: 0024180

Qualified in Nassau County
Commission Expires June 23, 2003

REG. ABLAG

Bitte hier anfügen / attach here

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1
1021 WIEN, POSTFACH 1000 VSNR
TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW
TELEFAX (+43 1) 211 35 / 25949 Name:
E-MAIL: pvang@pvang.sozvers.at
INTERNET: http://www.sozvers.at/pvang

2881 290608

35

EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

WEINHOFER G.

- 8. FEB. 2007

LEBENSBESTÄTIGUNG

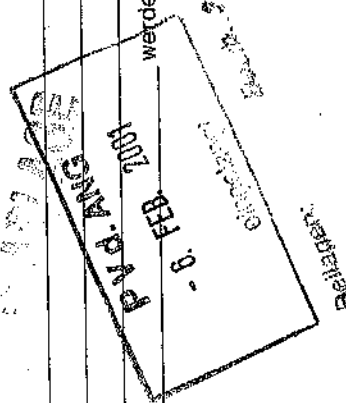
Leben und Aufenthalt des (der)

wohnt in

geboren am

ausgewiesen durch (Dokument)

werden hiermit bestä



CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

domiciled in

born on

identified by (document)

are herewith cert

ROSE EISINGER
WOODHURST, N.Y. 11598 (USA)

Rose Eisinger

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift

Place, date, seal, signature

Ort, Datum, Unterschrift des Pensionisten/der Pension

Place, date, signature of affiant

NOTAR L. GREINBLATT

NOTAR L. GREINBLATT

NOTAR L. GREINBLATT

Notary Public, State of New York

DVR: 0024180

Qualified in Nassau County

Commission Expires June 23, 2007

bitte hier abtrennen / detach here

35

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1 VSNR
 1021 WIEN, POSTFACH 1000
 TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW
 TELEFAX (+43 1) 211 35 / 25949
 E-MAIL: pvang@pvang.sozvers.at
 INTERNET: http://www.sozvers.at/pvang

2881 290608

EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

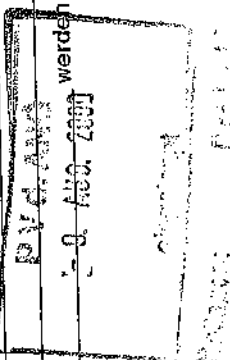
LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnt in

geboren am

ausgewiesen durch (Dokument)

**CERTIFICATE OF LIFE**

Life and residence of Mr. / Mrs.

domiciled in

born on

identified by (document)

Rose Eisinger
WOODHURST, N.Y. 11598 (USA)

are herewith

- 7/30/00

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift
 Place, date, seal, signature

Ort, Datum, Unterschrift des Pensionisten/der Pensionistin
 Place, date, signature of affiant

PHILLIP L. GREENBLATT
 NOTARY PUBLIC, State of New York
 No. 4891161

DVR: 0024180

Qualified in Nassau County
 Commission Expires June 28, 2001

bitte hier abtrennen / Detach here

35

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1
1021 WIEN, POSTFACH 1000 VSNR
TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW
TELEFAX (+43 1) 211 35 / 25949
E-MAIL: pvang@pvang.sozvers.at
INTERNET: http://www.sozvers.at/pvang

EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in

geboren am

ausgewiesen durch (Dokument)

werden hiermit bestätigt

pv d. ANG

10. FEB. 2000

empfangen

Beauf: 10

Belegten

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

domiciled in

born on

identified by (document)

are herewith certified

ROSE EISINGER
WOODBURY, NY 11598 (USA)

Unterschrift des Pensionisten/der Pensionistin

signature of affiant

Datum, date

Ort, place

Unterschrift, signature

Stempel, seal

Datum, date

Ort, place

PHILIP L. GREENBLATT
NOTARY PUBLIC, State of New York
No. 4031101

Commission Expires June 29, 2001

Feb 3, 2000

DVR: 0024130

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1
1021 WIEN, POSTFACH 1000
TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW
TELEFAX (+43 1) 211 35 / 25949
E-MAIL: pvang@pvang.sozvers.at

2881 290608

 γ_{SNIR}

TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW
TELEFAX (+43 1) 211 35 / 25949
E-MAIL: pvang@pvang.sozvers.at

EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

35

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnt in

geboren am

ausgewiesen durch (Dokument)

werden hiermit bestätigt

BRILLIANT

100

15

REF ID: A66084

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

ROSE FISINGER
WOODBURY, NY 11598 (USA)

domiciled in

born on

identified by (document) -

Port Datum, Stempel,

Place date, seal,

State of New York
County of Nassau

DVB: 0024180

Unterstützt

signature

Place,

signature of affiant

PHILLIP L. GREENBLATT
 DEPARTMENT OF PUBLIC SAFETY, STATE OF NEW YORK

No. 4891161

Qualified in Nassau County

Commission Expires June 29, 2001

DVB: 0024180

Bitte hier ankreuzen / betonen Sie

35

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1 VSNR 2881 290608
 1021 WIEN, POSTFACH 1000 C/O ROSENBAUM
 TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW Name:

LEBENSBESTÄTIGUNG

in und Aufenthalt des (der)

14. AUG. 1998
 10. AUG. 1998
 eingelangt
 Beauftragter:
 PV D. ANG
 werden hiermit best.

wohnt in
 geboren am
 ausgewiesen durch (Dokument)

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

domiciled in
 born on
 identified by (document)

Rose Eisinger
 WOODBURY, N.Y. 11598 (USA)

are herewith

Datum, Stempel, Unterschrift
 Place, date, stamp, signature
 Place: GATES ROBERTSON
 NOTARY PUBLIC, State of New York
 No. 01504821751
 Qualified in Bronx County
 Certificate Filed in New York County
 Commission Expires May 31, 1998

Datum, date,
 Unterschrift des Pensionisten,
 signature of affiant

Rose Eisinger

[Signature]
 8/3/98

35

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1 VSNR 2881 290608
 1021 WIEN POSTFACH 1000
 TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW Name: EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

LEBENSBESTÄTIGUNG

1. en und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in

geboren am

ausgewiesen durch (Dokument)

PVL ANG

14. AUG. 1997

eingelant

werden hiermit best

pension weiter angesetzt

Beilagen:

Beitrag: 10

19. Aug. 1997 CERNY

19. Aug. 1997 SCHMIDT

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

domiciled in

born on

identified by (document)

are herewith given

City, Date, Stamp, Unterschrift

State of New York seal, signature

County of Bronx

Ort,

Place,

NOTARY PUBLIC, State of New York

No. 01404621751

Qualified in Bronx County

Certificate Filed in New York County

Commission Expires May 31, 1999

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Datum,

date,

Unterschrift des Pensionisten

signature of affiant

REG. ABLAGE

1

1

1

1

Sworn to before me this

day of August 1997

1997

35

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1 VSNR 2881 290608
 1021 WIEN, POSTFACH 1000
 TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW
 TELEFAX (+43 1) 211 35 / 5949 Name:
 E-MAIL: pvang@pvang.sozvers.at

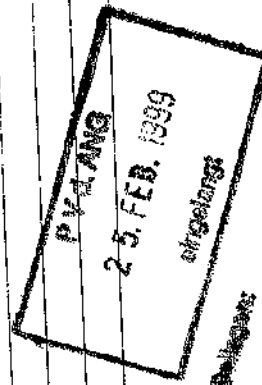
C/O ROSENBAUM
 EISINGER ROSE

LEBENSBESTÄTIGUNG

von und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in
 geboren am
 ausgewiesen durch (Dokument)

werden hiermit bestätigt



CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

Rose Eisinger
WOODHURST, N.Y. 11598 (USA)

domiciled in
 born on
 identified by (document)

are herewith certified

Unterschrift des Pensionisten/der Pensionistin

Datum,

date,

Ort,

Unterschrift

Stempel,

Place, date, seal,

signature of affiant
 2/17/99
 GLADYS ROBINSON
 Notary Public, State of New York
 No. 01904621751

Qualified in Bronx County
 Certificate Filed in New York County
 Commission Expires May 31, 1998

DVR: 0024190

35

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1 VSNR 2881 290608
1021 WIEN, POSTFACH 1000
TELEFON (+43 1) 211 35-0 / DW Name: EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

REC'D PLAGE

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in
geboren am
ausgewiesen durch (Dokument)

werden hiermit bes-
Pvd. ANG
27. FEB. 1998
eingelangt
Belegten: Beate:

MRZ 1998 BRUSSEL

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

ROSE EISINGER
WOODHURST, N.Y. 11598 (USA)

domiciled in
born on
identified by (document)

are herewith cer-

Rose Eisinger

C Datum, Stempel, Unterschrift, Datum, Unterschrift des Pensionisten
Place, date, seal, signature, date, signature of affiant
GLADYS ROBINSON, State of New York, State of New York
NOTARY PUBLIC, No. 01904821734
Qualified in Bronx County
Certificate Filed in New York County
Commission Expires May 31, 1999

County of Bronx

Sworn to before me this
20 day of Feb 1998

Bitte hier abtrennen / Detach here

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR.1 VSNR 2881 290608
1021 WIEN, POSTFACH 1000
TELEFON (0222) 211 35-0 / DW Name: EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

35

20. Feb. 1997 SCHNID R
21. Feb. 1997 JAHNKE

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in

geboren am

ausgewiesen durch (Dokument)

werden hiermit bestätigt

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

domiciled in

born on

identified by (document)

are herewith certified

ROSE EISINGER
WOODHURST, N.Y. 10988 (USA)
JUNE 29, 1908

PVL ANG
13. FEB. 1997
eingelangt

Seab: 17

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift
Place, date, seal, signature

Ort, Datum,
Place, date,

Unterzeichnet
NOTARY PUBLIC
State of New York
Signature of Notary
1680451821751
Qualified in Bronx County
Certificate Filed in New York County
Commission Expires May 31, 1997

Rose Eisinger
Feb 12, 1997

35

2881 290608

VSNR

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR.1
1021 WIEN POSTFACH 1000
TELEFON (0222) 211 35-0 / DW

C/O ROSENBAUM

EISINGER ROSE

Name:

LEBENSBESTÄTIGUNG

REG. ABLAGE

Leben und Aufenthalt des (der)

PVD. ANG
3. D. AUS. 1996
eingetragen
werden hiermit bestä
Beilagen: Beab.: 17

wohnt in

geboren am

ausgewiesen durch (Dokument)

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

ROSE EISINGER

WOODHURST, N.Y. 11598 (USA)

JUNE 29, 1908

domiciled in

born on

identified by (document)

are herewith cert

GLADYS ROBINSON
NOTARY PUBLIC, State of New York
No 01RO4621751
Qualified in Bronx County
Certificate Filed in New York County
Commission Expires May 31, 1997

Unterschrift

signature

Stempel,

seal,

Datum,

date,

Ort

Place,

Datum,

date

Unterschrift des Pensionierten

signature of affiant

Twenty Six of August 19

*Please be advised this form
was just received today
March 11, 1996
husband is the source
for proof.
Thank you!*

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR.1 VSNR 2881 290608
1021 WIEN, POSTFACH 1000
TELEFON (0222) 211 35-0 / DW Name: EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

35

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in _____
geboren am _____
ausgewiesen durch (Dokument) _____

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

domiciled in ROSE EISINGER
WOODMERE, N.Y. 11598 (USA)
born on JUNE 29, 1908
identified by (document) _____ are herewith certified.

Person weiter ausweisen
21. März 1996
21. März 1996
REG. ABLAGE
werden hiermit bestätigt
P.V. LANG
18. MÄRZ 1996
eingelangt
Beilagen: _____
Beerb.: 5

Ort,	Datum,	Stempel,	Unterschrift	Ort,	Datum,	Unterschrift des Pensionisten
Place,	date,	seal,	signature	Place,	date,	signature of affiant

New York
11 April 13, 1986

Rose Eisinger
GLADYS ROSENBAUM
NOTARY PUBLIC, State of New York
No 01704621751
Qualified in Bronx County
Residence Filed in New York County

[Signature]

35

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1 VSNR 2881 290608
 1021 WIE POSTFACH 1000
 TELEFON 222) 211 35-0 / DW Name: EISINGER ROSI C/O ROSENBAUM

Pension weiter anweisen

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

REG. ANLAGE

wohnt in	PVE ANG
geboren am	10. AUG. 1905
ausgewiesen durch (Dokument)	10. AUG. 1905

werden hiermit bestätigt.

10. AUG. 1905 SCHMIDT

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

ROSE EISINGER
WOODHURST, N.Y. 11598 (USA)
May 29, 1908

domiciled in _____ are herewith certified.
 born on _____
 identified by (document) _____

Rose Eisinger

Ort, Unterschrift des Pensionisten
 date, signature of affiant
 Place, County of Bronx

Sworn to before me this
 2 day of Aug 1921

Qualified in Bronx County
 Certificate Filed in New York County
 Commission Expires May 31, 1927

35

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR.1 VSNR 2881 290608 35
 1021 WIEN, POSTFACH 1000
 TELEFON (0222) 211 35-0 / DW Name: EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in

geboren am

ausgewiesen durch (Dokument)

werden hiermit bestätigt.

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of ~~Mr.~~ / Mrs. ROSE EISINGER

domiciled in

born on

identified by (document)

WOODHURST, N.Y. 11598 (USA)
JUNE 29, 1908

are herewith certified.

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift

Notary Public, State of New York
 Notary Public, State of New York

No. 03-4821751

Qualified in Bronx County

Certificate Filed in New York County

Commission Expires May 31, 1995

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift

State of New York, Place, date,

County of Bronx, State of New York

Signed before me this

15 day of June 1995

Unterschrift des Pensionierten

signature of affiant

ROSE EISINGER

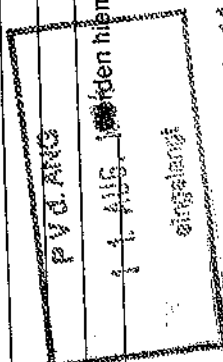
35

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR.1 VSNR 2881 290608
 1021 WIEN, POSTFACH 1000
 TELEFON (0222) 211 35-0 / DW C/O ROSENBAUM
 Name:

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in _____
 geboren am _____
 ausgewiesen durch (Dokument) _____



Bezeugt:

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.

domiciled in _____
 born on _____
 identified by (document) _____

ROSE EISINGER

WOODHURST, NY 11798 (USA)

JUNE 29, 1908

are herewith certified.

12. AUG. 1994

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift
 State of New York
 place, date, Seal, signature
 County of Bronx

Unterschrift der Partei
 signature of affiant

REC. 11/1/94

Sworn to before me this
 day of August 1994

Ort, Datum, Unterschrift der Partei
 date, signature of affiant
 GLADYS ROBINSON
 NOTARY PUBLIC, State of New York
 No. 03-4621751
 Qualified in Bronx County
 Certificate Filed in New York County
 Commission Expires May 31, 1995

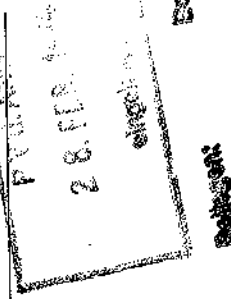
FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR.1 VSNR 2881 290608 35
1021 WIEN, POSTFACH 1000
TELEFON (0222) 211 35-0 / DW Name: EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohaft in
geboren am
ausgewiesen durch (Dokument)

werden hiemit bestätigt.



CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs. ROSE EISINGER

domiciled in WOODHURST, NY 11598 (USA)
born on JUNE 29, 1908

identified by (document) _____

are herewith certified.

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift
Place, date, Notary Public, State Signature
No. 03-4521751

Ort, New York
Place, date,
City of Bronx

Unterschrift der Partei
Signature of affiant

Qualified in Bronx County
Certificate Filed in New York County
Commission Expires May 31, 1995

Sworn to before me this
18 day of Feb 1908

Signature of affiant
ROSE EISINGER

35

FRIEDRICH-HILLEGEST-STR.1 VSNR 2881 290608 C/O ROSENBAUM
1021 WIEN, POSTFACH 1000 EISINGER ROSE
TELEFON (0222) 211 35-0 / DW Name:

P.Y. LANG
13. AUG. 1993
eingelangt

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

wohnhaft in
geboren am
ausgewiesen durch (Dokument)

werden hiemit bestätigt

9/93 AD
15. AUG. 1993
Lindenberg

GLADYS ROBINSON
NOTARY PUBLIC, State of New York
No. 93-4621751
Qualified in Essex County
Certificate Filed in New York County
Commission Expires May 31, 1999

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. / Mrs.
ROSE EISINGER
WOODHURST, NY 10988 (USA)

domiciled in
born on
identified by (document)

Rose Eisinger
Unterschrift
signature

Ort, Datum, Stempel, seal,
Place, date, place, date, County of Bronx

Datum, Unterschrift der Parte
date, signature of affiant

Seal to be affixed here
day of August 1993

REG. ABLAGE

FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR.1 VSNR 2881 290608 35
1021 WIEN, POSTFACH 1000
TELEFON (0222) 211 35-0 / DW Name: EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

geboren am
wohnhaft in
werden hiemit bestätigt.

IPWUANG
- 5. MARZ 1953
eingelangt
Beilagen: 10.11.1953
sch. D. R. 10.11.1953

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of ~~Mr.~~ Mrs. **ROSE EISINGER**

born on **JUNE 29, 1908**

domiciled in **WOODHURST, NY 11598 (USA)**

are herewith certified.

Rose Eisinger

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift
Place, date, seal, signature

GLADYS ROBINSON
Notary Public, State of New York
No. 034821751
Qualified in Bronx County
Certificate Filed in New York County
Commission Expires May 31, 1993

State of New York
County of Bronx

Sworn to before me this
1 day of **MAY** 1993

35

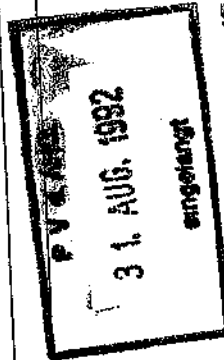
FRIEDRICH-HILLEGEIST-STR. 1 VSNR 2881 290608
 1021 WIEN POSTFACH 1000 C/O ROSENBAUM
 TELEFON (0222) 211 35-0 / DW Name: EISINGER ROSE

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

get an am
 wohnhaft in

werden hiemit bestätigt.

**CERTIFICATE OF LIFE**Life and residence of Mr. / Mrs. *ROSE EISINGER*

born on *JUNE 29, 1908*
 domiciled in *WOODHURST, NY 11598 (USA)*

are herewith certified

Rose Eisinger
 Unterschrift
 signature

Ort, *Staten, New York*
 Place, *County of Bronx*

Sworn to before me this

21 day of August 1992

GLADYS ROBINSON
 Notary Public, State of New York
 No. 004621761
 Qualified in Bronx County
 Certificate Filed in New York County
 Commission Expires May 31, 1993

46

FRIEDRICH-HILFSPORTSTRASSE 1
1010 WIEN POSTFACH 1100
AUSTRIA (0122) 211 35 37 00

NAME: EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

LEBENS-TESTATUNG

(Leben und Aufenthalt des (der)

geborenen am

Wohnort in

werden (nicht) bestätigt

CERTIFICATE OF LIFE

(Life and residence of the (the)

born on

residence in

is/has been confirmed

Or: Date: Signature:

ERKLÄRUNG ÜBER EINKOMMENVERHÄLTNISSE

Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass ich in der Zeit vom 1.1.1998 bis 31.12.1998

☐ nicht erwerbstätig war

☒ in einem Dienstverhältnis mit einem Einkommen von ...
 brutto ...

☐ selbstständig erwerbstätig war. Meines Einkommens sind folgende Beträge zu diesem Zeitraum zugeflossen:

DECLARATION OF INCOME

I hereby declare that during the period from 1.1.1998 to 31.12.1998

☒ I was not gainfully employed

☐ I was employed receiving a pay of monthly ...

A confirmation of the employer is attached

☐ I was self-employed. My income from this activity amounted to ...
 for the above period to ...

Or: Date: Signature:

Signature of ...

Signature of ...
 ...
 ...
 ...
 ...

45

FRIEDRICH-SHILLEGESST. STR. 1
1021 WIEN POSTFACH 1000
TELEFON (0222) 241135-0 / DW

VSNR 2881-290608
Name ELSINGER ROSE C/O ROSENBAUM

LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

geboren am
woherher in

werden hiermit bestätigt



CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of

born on

resided in

are herewith certified

Rose Elsing
Jan 29, 1907
in New York, NY 10018 (USA)

Or Datum
Place date

Stempel
seal

Unterschrift
signature

State of New York
County of Bronx

Signed to certify the

21 day of February 1992

[Signature]

[Illegible stamp text]

44

FRIEDRICH-HILFEGEST. GTC 1
1021 WIEN POSTFACH 1000
TELEFON (0222) 211 35-0 DW

VSNR

2881 290608

Name

EISINGER ROSE C/D ROSENBAUM

35

Pans

507

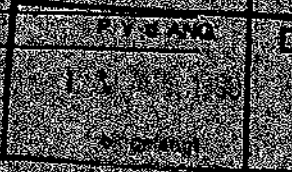
LEBENSBESTÄTIGUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

Geboren am

Wohnhaft in

Werden hiermit bestätigt



ERKLÄRUNG ÜBER EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

Ich erkläre wahrheitsgemäß, daß ich in der Zeit vom 1.3.1998 bis 31.8.1998

☐ nicht erwerbstätig war.☒ in einem Dienstverhältnis mit einem Entgelt von monatlichbrutto stand. Eine Dienstgeberbestätigung liegt bei
☒ selbstständig erwerbstätig war. Meine Einnahmen aus dieser Tätigkeit
betragen im obigen Zeitraum insgesamt

CERTIFICATE OF LIFE

Name and residence of Mr / Mrs /

born on

connected by

are herewith certified

Ort

Datum

Stempel

Unterschrift

date

see

signature

Betreff

DECLARATION OF INCOME

I hereby declare that during the period from 1.3.1998 to 31.8.1998

☒ I was not gainfully employed.☐ I was employed, drawing a pay of monthly gross.

A confirmation of the employer is attached.

☐ I was self-employed. My income from this activity amounted in
the above period to in total.

Ort

Datum

Unterschrift des Partei

signature of affiant

FRIEDRICHSHILFSTR. 1 VORR 2881 290608
 1021 WIEN POSTFACH 1000
 TELEFON (0222) 211 36-0 / DW Name EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

LEBENSBEREATUNG

Leben und Aufenthalt des (der)

geboren am
 wohnhaft in

werden hiermit bestätigt

CERTIFICATE OF LIFE

Life and residence of Mr. Mrs.

in on
 domiciled in

are herewith certified

On Datum Stempel Unterschrift
 Place date seal signature
 State of New York
 County of Bronx

Seems to follow me the
 Day of Dec 1991



40

FRIEDRICH-HILLEGEST-STR. 1
1011 WIEN POSTFACH 1000
TELEFON (0222) 211-35-0 / DW

YSNR

2881 290608

35

Name

EISINGER ROSE C/O ROSENBAUM

Lebensbestätigung

Leben und Aufenthalt des (der)

Geburtsort

Geburtsdatum

wird hiermit bestätigt:

Certificate of Life

Life and residence of Mr. / Mrs.

Born on

domiciled by

is herewith certified:

City

District

Street

Underwritten

Place

Date

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Erklärung über Einkommensverhältnisse

Ich erkläre wahrheitsgemäß, daß ich in der Zeit vom 1. 8. 1969 bis 28. 2. 1980

☐ nicht erwerbstätig war☐ in einem Dienstverhältnis mit einem Gehalt von monatlich

betrifft stand Eine Dienstgeberbescheinigung liegt bei

☐ selbstständig erwerbstätig war. Meine Einkünfte aus dieser Tätigkeit
betrugen im obigen Zeitraum insgesamt

Declaration of Income

I truthfully declare that during the period from 1. 8. 1969 to 28. 2. 1980

☐ I was not gainfully employed☐ I was employed, drawing a pay of monthly gross

A confirmation of the employer is attached

☐ I was self-employed. My income from this activity amounted in

the above period to in total

City

District

Street

Place

Date

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

Signature of agent

EXHIBIT “E”

41

7/2/90

Indeman,

Please be advised that my mother
Rose Krongel did not receive her money ^(money)
prior to the death of Felicia
Kindly look into this matter and pay for
the sum.

Krono 0012-086/00

Rose Krongel
% A. Rosenbaum
1400 3rd Ave
Woodside, NY 11598
USA

F M Krongel
Sincerely yours,
F M Krongel

2nd Floor, GREENE

VERSICHERUNGSNUMMER

(2881-290608-1) (P)



March 1, 1990

1281 19060820

13 MAR 1990 1130A

NYCH

From the account that of the date
my mother first received the check he monthly
payment check for the month of February

The last check received was for the month of January
for \$4269 (check # 622349)

There is no check signed and to go regarding
the matter.

Finally found the check at your exhibit number
and when you take care it is not seen as the father.

Respectfully
To A. Rosenbaum
New York
New York, NY 10018
USA

[Handwritten signature/initials]

[Handwritten signature]

(Involvement in the 1281 19060820)

EXHIBIT “F”

Osten. General
New York,
Eingel. am 10. Okt. 2006
Zl. 1545/3/06

9/19/06

55

Sonja Rosenbaum
1 Club Dr. 1A
Woodmere, N.Y.
11598

Dear Mrs. Janitz:

I am in receipt of your letter dated August 8, 2006. Please be advised that my husband, Alphonse Rosenbaum, passed away on September 26, 2005 at the Westchester Medical Center in Valhalla, New York.

I have enclosed checks sent to my husband, as I did not know prior to receiving your letter to whom or where they should be returned.

Thank you,

Sonja Rosenbaum

enc - 9 checks
Ref. no - 1545/1/06